

# Medikamentengabe

## Informationen für die Kindertageseinrichtung

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname des Kindes**

\_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum**

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

Einnahmezeit	Name des Medikaments	Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:
Bemerkung/ Dauer der Einnahme:		

\_\_\_\_\_  
 Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

	Name des Medikaments	Name des Medikaments
Besondere Gebrauchshinweise		

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Ermächtigung der Eltern/des/der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir \_\_\_\_\_  
 Name der Eltern/Sorgeberechtigten

den/die Erzieher/in \_\_\_\_\_ der Kita \_\_\_\_\_  
 Name der Erzieherin Name, Anschrift der Einrichtung

meinem/unserem Kind \_\_\_\_\_  
 Name des Kindes

Die o. g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

\_\_\_\_\_  
 Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Eltern/ des/der Sorgeberechtigten